

إشعار القرار

للخروج من برنامج إعفاء الأطفال لولاية

نيويورك (c) 1915

NEW YORK STATE DEPARTMENT OF HEALTH
الخدمات المنزلية والمجتمعية (Home and Community Based Services, HCBS)

رقم CIN	تاريخ النفاذ	تاريخ الإشعار
الاسم	عضو (طفل / شاب)	
تاريخ الميلاد		
الاسم	بواسطة أحد الأبوين / الوصي / الممثل المفوض قانوناً، إن وجد	
الاسم	المنزل الصحي	
العنوان		
رقم الهاتف		

نحيطك علماً أنه من تاريخ _____ وافقت هذه الهيئة _____

اسم المنزل الصحي

التاريخ

أوقفنا تسجيلك في HCBS برنامج إعفاء الأطفال (c) 1915 التابع لـ HCBS

تم إيقاف تسجيلك في برنامج الإعفاء والوصول إلى HCBS اعتباراً من تاريخ السريان أعلاه نظراً للسبب (الأسباب) التالية:

لم تعد تستوفي معايير مستوى الرعاية للمتطلبات المستهدفة والمخاطر الوظيفية اللازمة للتسجيل في الإعفاء

لقد بلغت 21 عاماً من عمرك.

تتلقى خدمات HCBS من نظام HCBS آخر (مثل OPWDD أو MLTC).

لقد تلقيت رعاية للمرضى الداخليين لمدة تزيد عن 90 يوماً (على سبيل المثال، مرفق العلاج السكني، ودار التمريض، والمستشفى، وما إلى ذلك)

أنت مسجون حالياً

آخر

تم اتخاذ هذا الإجراء بموجب هيئة إعفاء الأطفال HCBS NY 4125 R05.02 و 42 CFR 441.302(c) وقانون الخدمات الاجتماعية 366(6) أو 366(7) أو 366(9) أو 366(12)

X

توقيع مندوب المنزل الصحي

إذا كنت لا توافق على هذا القرار، فيمكنك طلب عقد مؤتمر أو جلسة استماع عادلة أو كليهما. يرجى قراءة ظهر هذا الإشعار لمعرفة كيفية طلب عقد مؤتمر و / أو جلسة استماع عادلة.

الحق في عقد مؤتمر

قد يتم عقد مؤتمر لأجلك لمراجعة هذه الإجراءات. إذا كنت تريد عقد مؤتمر، فيجب أن تطلب ذلك في أقرب وقت ممكن. وفي المؤتمر، إذا وجدنا أننا اتخذنا قرارًا خاطئًا أو إذا قررنا، بسبب المعلومات التي قدمتها، تغيير قرارنا، فسننخذ الإجراءات التصحيحية ونبلغك بذلك خطياً. يمكنك طلب عقد مؤتمر عن طريق الاتصال بالرقم المبين في الصفحة الأولى من هذا الإشعار أو بإرسال طلب خطي إلينا على العنوان المبين أعلى الصفحة الأولى من هذا الإشعار. يستخدم هذا الرقم فقط لطلب عقد مؤتمر. ليست هذه هي الطريقة التي تطلب بها جلسة استماع عادلة. إذا طلبت عقد مؤتمر، فلا يزال يحق لك الحصول على جلسة استماع عادلة. إذا كنت ترغب في استمرار مزايك دون تغيير (استمرار المساعدة) حتى تحصل على قرار جلسة استماع عادلة، فيجب عليك طلب جلسة استماع عادلة بالطريقة الموضحة أدناه. اقرأ أدناه للحصول على معلومات جلسة الاستماع العادلة.

الحق في جلسة استماع عادلة

إذا كنت تعتقد أن الإجراء أعلاه خاطئ، فيمكنك طلب جلسة استماع عادلة من الولاية من خلال:

- 1) **الهاتف:** يمكنك الاتصال بالرقم المجاني على مستوى الولاية: 800-342-3334 (يرجى إبقاء هذا الإشعار معك عند الاتصال) ؛ أو
- 2) **الفاكس:** أرسل نسخة من هذا الإشعار إلى رقم الفاكس. 473-6735 (518) ؛ أو
- 3) **عبر الإنترنت:** أكمل وأرسل نموذج الطلب عبر الإنترنت على: <http://www.otda.ny.gov/oah/forms.asp> ؛ أو
- 4) **اكتب:** أرسل نسخة من هذا الإشعار بعد إكماله، إلى قسم جلسات الاستماع العادلة، New York State Office of Temporary and Disability Assistance، P.O. Box 1930, Albany, New York 12201. يرجى الاحتفاظ بنسخة لنفسك.
- 5) **الحضور شخصياً:**
Office of Temporary and Disability Assistance
Office of Administrative Hearings
14 Boerum Place – 1st Floor
Brooklyn, New York 11201
- 6) **ضعاف النطق والسمع**
اتصل بخدمة New York Relay Service على الرقم 711 أو 1-800-622-1220. اطلب من مشغل الهاتف الاتصال بالرقم 877-502-6155. سيتم توفير الخدمة على هذا الرقم للمتصلين الذين يستخدمون أجهزة TDD فقط.
 أريد جلسة استماع عادلة. قرار الهيئة خاطئ لأنني

لديك 60 يوماً من تاريخ هذا الإشعار لطلب جلسة استماع عادلة

إذا طلبت جلسة استماع عادلة، سترسل لك الولاية إشعاراً لإبلاغك بوقت ومكان انعقاد جلسة الاستماع. لديك الحق في أن يمثلك مستشار قانوني أو قريب أو صديق أو شخص آخر أو أن تمثل نفسك. وفي جلسة الاستماع ستتاح لك أو لمحاميك أو ممثلك الآخر الفرصة لتقديم أدلة مكتوبة وشفوية لتوضيح سبب عدم اتخاذ الإجراء، كما ستتاح لك فرصة لاستجواب أي شخص يحضر إلى جلسة الاستماع. كما يحق لك إحضار شهود للتحقق لصالحك. ينبغي لك إحضار أي مستندات إلى جلسة الاستماع مثل هذا الإشعار، وكعقوبات الرواتب، والإيصالات، وفواتير الرعاية الصحية، وفواتير التدفئة، والتحقق الطبي، وخطابات الطبيب، وما إلى ذلك، والتي قد تكون مفيدة في عرض قضيتك.

إستمرار المنافع الخاصة بك

إذا طلبت جلسة استماع عادلة قبل تاريخ السريان المذكور في هذا الإشعار، فستستمر في تلقي المزايا الخاصة بك دون تغيير حتى صدور قرار جلسة الاستماع العادلة. ولكن، إذا خسرت جلسة الاستماع العادلة، فيجوز لنا استرداد تكلفة أي مزايا مديكيد (Medicaid) ما كان ينبغي أن تحصل عليها. إذا كنت تريد تجنب هذا الاحتمال، فأختر المربع أدناه لتؤكد أنك لا تريد استمرار إعانتك، وأرسل هذه الصفحة مع طلب جلسة الاستماع الخاصة بك. إذا قمت باختيار المربع، فسيتم اتخاذ الإجراء الموضح أعلاه في تاريخ السريان المذكور أعلاه.
 أوافق على اتخاذ الإجراء بشأن مزايا برنامج Medicaid، كما هو موضح في هذا الإشعار، قبل صدور قرار بعقد جلسة الاستماع العادلة.

مساعدة قانونية

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة قانونية مجانية، فقد تتمكن من الحصول على هذه المساعدة عن طريق الاتصال بجمعية المساعدة القانونية المحلية أو مجموعة الدفاع القانوني الأخرى. يمكنك الانتهاء إلى أقرب جمعية مساعدة قانونية أو مجموعة مناصرة عن طريق البحث في الصفحات الصفراء الخاصة بك تحت عنوان "محامون" أو عن طريق الاتصال بالرقم المبين في الصفحة الأولى من هذا الإشعار.

الوصول إلى الملفات ونسخ المستندات الخاصة بك

لمساعدتك في الاستعداد لجلسة الاستماع، لديك الحق في الاطلاع على ملف قضيتك. إذا اتصلت بنا أو راسلتنا، فسنزودك بنسخ مجانية من المستندات من ملفك والتي سنعطيكها إلى مسؤول جلسة الاستماع في جلسة الاستماع العادلة. أيضاً، إذا اتصلت بنا أو راسلتنا، فسنزودك بنسخ مجانية من المستندات الأخرى من ملفك والتي تعتقد أنك قد تحتاجها للتحضير لجلسة الاستماع العادلة. إذا اتصلت بنا أو راسلتنا، فسنوفر لك أيضاً مواداً خاصة بالسياسة ضرورية لك دون مقابل لتقرر ما إذا كنت ستطلب جلسة استماع عادلة أو للتحضير لجلسة الاستماع. تتضمن مواد السياسة التي قد تكون متاحة لك مستندات مثل: التوجيهات الإدارية، ورسائل نظام المعلومات العامة، والرسائل الإعلامية، وأجزاء من الدليل المرجعي لبرنامج Medicaid، والنشرات الإخبارية لتحديثات Medicaid الخاصة بوزارة الصحة ومذكرات المفوض المحلي. لطلب مواد أو مستندات خاصة بالسياسة أو لمعرفة كيفية الاطلاع على ملفك، اتصل بنا على رقم هاتف الوصول إلى السجل المدرج في الجزء العلوي من مقدمة هذا الإشعار أو اكتب إلينا على العنوان المطبوع أعلى المقدمة من هذا الإشعار. إذا كنت تريد نسخاً مجانية من مواد أو مستندات خاصة بالسياسة من ملفك، فيجب عليك طلبها مسبقاً. سيتم تزويدك بها في غضون فترة زمنية معقولة قبل تاريخ جلسة الاستماع. لن يتم إرسال المستندات إليك بالبريد إلا إذا طلبت بالتحديد إرسالها بالبريد.

معلومات

إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول قضيتك، أو كيفية طلب جلسة استماع عادلة، أو كيفية الاطلاع على ملفك، أو كيفية الحصول على نسخ إضافية من المستندات، فاتصل بنا على أرقام الهواتف المدرجة أعلى الصفحة 1 من هذا الإشعار أو أرسلنا على العنوان أعلى الصفحة 1 من هذا الإشعار.

الإسم بأحرف واضحة:	رقم تعريف العميل (Client Identification Number, CIN):
العنوان:	رقم الهاتف:
التوقيع: X	التاريخ: